



OTORINOLARÜNGOLOOGIA ERIALA ARENGUKAVA KAASAJASTAMINE JA TÄIENDAMINE 2004. AASTAL

Otorinolarüngoloogia eriala arengukava eesmärk on olemasolevate teenuste osutamise mahu, ressursside, asukoha ja adekvaatsuse hindamine ning tulevikuvajaduste prognoosimine.

Arengukava kaasajastamisel on lähtunud otorinolarüngoloogia eriala missioonist ja eesmärkidest.

Tulenevalt põhimõttelistest muutustest ja arengusuundadest tervishoius on muutunud ka visioon eriala korraldusest, mis peab tagama elanikkonnale erialaste teenuste kättesaadavuse ning arstiabi kvaliteedi sõltumata sotsiaalmajanduslikest või regionaalsetest iseärasustest.

Otorinolarüngoloogia, koos alaerialadega; audioloogia, foniatraia, rinoloogia, pea- ja kaelakirurgia hõlmab kõrva-nina-kurguhaiguste diagnostikat ja ravi täiskasvanutel ning lastel. Otorinolarüngoloogia alaerialana ei ole käsitletav pediatriline otorinolarüngoloogia.

1. Eriala areng ja prioriteedid

Otorinolarüngoloogia erialana on spetsiifiline arstlik distsipliin, mis eraldus kirurgilistest erialadest rohkem, kui 100 tagasi. Mis ei seostu ülejäänud kirurgiliste erialadega instrumentaalselt ega tehnoloogiliselt. Otorinolarüngoloogia eriala sõlmküsimused ja probleemid ei ole käsitletavad ega üldistatavad ülejäänud kirurgiliste erialadega.

2001 aastal kirjapandud eriala arengukavas käsitlust leidnud suunad jätkuvad, vt. 2001 arengukava.

Oleme seisukohal, et eriala maht ja areng sõltub esmatasandi arstiabi suutlikkusest diagnoosida ja ravida haigeid. Vaatamata esmatasandi arstiabi kättesaadavuse paranemisele ei ole toimunud langust erialase arstiabi mahtudes. Usutavasti tähendab see perearstide kasvanud kompetentsust, mis tõttu selekteeritakse patsiente otorinolarüngoloogi vastuvõtule endises mahus. Perearstisüsteemi rahastamistingimuste (nt. võimalus teostada vajalikke uuringuid) muutudes peab suurenema ja paranema esmatasandil diagnoositud haiguste arv, mis võimaldab kõrva-nina-kurguarstil keskenduda haiguste funktsionaalsele ravile.

Oleme seisukohal, et kõrva-nina-kurguarstide proportsionaalne kohalolek regioonides analoogselt esmatasandi arstidega tagab normaalse töökoormuse ja kogemuse arstidele, mis kindlustab patsiendile suurema ravirahulolu ja tervise.

Erialal peab säilima etapilisus. Peame otstarbekaks kahe kõrgema etapi erialase ravikeskuse loomist / säilitamist (Tartu, Tallinn), kuhu on koondunud kõrgtehnoloogiline aparatuur ja kõrgema grupi operatsioonid valdavad spetsialistid. Tartusse peab jääma ajalooliselt loodud, püsima jäänud ja eriala väljaõpet ja täiendõpet läbiviiv teadus-ja meetoodiline keskus.

Olukorda, kus Tallinnas on sisuliselt 4-eriala keskust-osakonda, (AS LTKH, AS ITKH, SA Tallinna Lastehaigla, SA P-E Regionaalhaigla) mis dubleerivad esmaseid tegevusi ega osuta sealjuures erialast arstiabi kaasaegsel tasemel, tuleb pidada ebanormaalseks, sest see killustab ja muudab kaootiliseks erialase arstiabi Tallinnas ja Põhja-Eestis.

Lähtuvalt erialasest vajadusest peab olema tagatud kaks ööpäevaringset erakorralist ja vältimatut abi osutavat valveteenistust (Tartu, Tallinn).

Inimressursi efektiivsemast kasutamisest tekkiv sünergia võimaldaks erialasisest spetsialiseerumist (audioloogid, foniatrid, pea-kaelakirurgid) ehk tõsta oluliselt arstiabi kvaliteeti ning lühendada ja kontrollida ravijärjekordi.

Arvestades Tallinna haiglate juures töötavate kõrva-nina-kurguarstide algatust rajada iseseisev juriidiline erihaigla - Sihtasutus Kõrva-Nina-Kurguhaiguste Kliinik, ei pea Selts ega erialakomisjon vajalikuks Põhja-Eestis eriala koondumist ühegi haiglavõrgu arengukava haigla juurde.

Eriala kliiniku valmimiseni osutab Tallinnas erakorralist erialast arstiabi SA P-E Regionaalhaigla ja/või koostöös SA Kõrva-Nina-Kurguhaiguste Kliinik.



Otorinolarüngoloogia erialal osutatakse Euroopas, USA-s ja mujal maailmas tervishoiuteenuseid ka onkoloogilistel haigetele kõrva-nina-kurguhaiguste ja pea-kaelakirurgia kliinikutes.

Eriala kliiniku valmimisel peab olema võimalus osutada erihaiglas kõiki otorinolarüngoloogia tervishoiuteenuseid.

Otorinolarüngoloogia eriala tulevik on peamiselt iseseisvate juriidiliste isikutena töötavad kõrva-nina-kurguarstid, kes vajadusel osutavad erialast konsultatsiooni ja raviteenust haiglatele ning perearstikeskustele.

2. Tervishoiuteenuste prognoos

Erinevate raviteenuste osas võib prognoosida keskmiselt ca 10%-20%list mahu muutust, k.a. pea-ja kaela piirkonna onkokirurgia. Erandiks on adenotonsillaarkirurgia, kus tulenevalt sündimuse mõningasest tõusust ning kaasaegse ennetava infektsioonkirurgia põhimõtete levikust on prognoositav enam kui 20%-line mahu kasv. Uute ravimeetodite kasutuselevõtmisega paraneb oluliselt inimeste elukvaliteet (nt. une-lämbumistõve dgn., ravi, valehambumuse korrigeerimine, ennetamine hüpoksiatüsistusi).

Säästvate funktsionaalsete kirurgiliste ravimeetodite kasutuselevõttuga laienevad operatiivse ravi näidustused, mistõttu operatsioonide üldarv erialal võiks 2010 a. tõusta u. 40% -50%.

Arvestades eriala üksikjuhtude puhul vajadust väga kitsale spetsialiseerumisele (näiteks sisekõrva implantatsiooni operatsioonid) ja selle vajaduse/või Eesti tingimustes rahastamise võimalikkusest tingitud operatsioonide arvu (aastas u. 10) peaks olema erialase ja riiklike prioriteetidega tagatud selle läbi viimise võimalus ainult ühes keskus, mis on selle tarvis juba välja arendatud (TÜK Kõrvakliinik).

Audioloogia alal toimub teises etapis kuulmiskahjustuse diagnostika, kuulmise korrigeerimine ja rehabilitatsioon vastavalt erialal välja töötatud ravijuhenditele.

2.2. Voodikohtade arvu prognoos

2003 aasta Haigekassa statistilistel andmetel oli Eestis kokku 12579 statsionaarset erialast haigusjuhtu ja 3225 päevaravi haigusjuhtu. Prognoosime 2010 aastaks +/- 20%-list statsionaarsete haigusjuhtude muutust ja päevaravi tõusu 1/5 võrra.

Arvestades eelneval 5 aastal toimunud voodikohtade arvu langust, tõuseb erialaste voodikohtade arv vähemalt 1/5 võrra.

Voodikohtade jaotus ei ole täpselt prognoositav, kuna sõltub turusituatsioonist.

3. Teenuste jaotumine

Endiselt, arengukavas kuni 2005.a. ravi ja diagnostikateenuse ümberjaotumine pere – ja eriarstiabi vahel puudutab erialas tegevusi I ja II ravietaapi tasemel. Piirkondlikes haiglates teostatakse I, II ja III grupi operatsioone, ülejäänud koormuse võtavad endale K-N-K erihaiglad. Tahame rõhutada, et on ilmingimata vajalik maakonna haiglates (II ravietaapi) töötavate erialaspetsialistide töömahtude/haigekassa poolt eraldatav raha säilimine, mitte selle ühte viimine kirurgia rahaga, vaatamata et erialavoodid asuvad kirurgiaosakondades. Maakonnas (II etapis) on vaja laiendada päevakirurgia osa. Arvestada, et II etapis toimub ka III etapi kõrgemagrupi operatsioonide järelravi ja hooldus, siis on vajalik et II etapi raviarstid oleksid hajutatult üle Eesti.

Kolmanda ravietaapi tasemel on töö intensiivsus ületanud oluliselt Euroopa taseme. Teenuste jaotumine sõltub paljuski raviteenuste hinnapoliitikast. Haigekassa poolt kehtestatud ja



tegelikke ressursikulusid ja protseduuride keerukust mitteamestav hinnakiri pidurdab oluliselt eriala tehnoloogilist arengut, kui ka spetsialistide väljaõpet.

2003 aasta Haigekassa statistika andmeil moodustasid 92% kõigist erialastest haigusjuhtudest ambulatoorsed haigusjuhud, päevaravi 1,7% ja statsionaar 6,6%.

Ambulatoorsed ravijuhud

ambulatoorset ravijuhtu 1000 elaniku kohta aastas

Harju, Tallinn	166
Ida-Viru	160
Pärnu, Rapla	139
Tartu, Viljandi, Jõgeva	138
Rakvere, Paide	102
Haapsalu, Saaremaa, Hiiumaa	75
Põlva, Võru, Valga	79
Keskmine:	129

Operatsioone

operatsiooni 1000 elaniku kohta aastas

Harju, Tallinn	9,6
Ida-Viru	12,6
Pärnu, Rapla	18,5
Tartu, Viljandi, Jõgeva	25,8
Rakvere, Paide	11,6
Haapsalu, Saaremaa, Hiiumaa	10,0
Põlva, Võru, Valga	14,5
Keskmine:	14

Ravikulu

krooni 1000 elaniku kohta

Harju, Tallinn	65
Ida-Viru	74
Pärnu, Rapla	81
Tartu, Viljandi, Jõgeva	88
Rakvere, Paide	48
Haapsalu, Saaremaa, Hiiumaa	39
Põlva, Võru, Valga	49
Keskmine:	67

Voodikohtade prognoosilt peaks erialavoodite arv tõusma, arvestades eelneva 5.a. jooksul piisavalt erialavoodite arvu langust. Prognoosime veelgi voodikohtade arvu tõusu seoses uue haigekassa hinnakirja kehtima hakkamisega, kus tõuseb voodipäeva hind ja operatsiooni tegelikke kulutusi kõrgemagrupi operatsioonide puhul uue hinnakirja järgi see ei kata.

3.1. Päevaravi (päevakirurgia) vajalikkus.

Seoses administratiivse survega teostada erialaseid operatsioone päevakirurgiliselt on täheldatav operatsioonijärgsete túsistuste arvu tõus.

Ei saa ei II ega III ravietaapis prognoosida, vaatamata operatsioonigrupile, milline haige kuulub päevastatsionaari, milline statsionaari. Igal konkreetsel juhul peab arvestama individuaalselt, lähtudes patsiendi üldseisundist, kaasuvatest haigustest, tema jaoks võimalikest túsistusohtudest, túsistuse puhul keskusse kohalejõudmise kiirusest jne.

Vt.2001 aastal koostatud arengukava.



4. Peame vajalikuks **ööpäevaringse valveteenistuse** jätkamist kahes erialakliinikus ning soovitavaid väljakutsevalveid keskhaiglates.

Arstide optimaalne töökoormus.

Peame optimaalseks ambulatoorse vastuvõtu aega 20.min. – siia lisandub aeg, mis vajalik protseduuride läbiviimiseks ambulatoorsele patsiendile.

Audioloogil 30.min., lisaks audioloogias audiogrammide ja teiste protseduuride läbiviimise aeg. Foniaatril 30.min.

Selline standard on ka Euroopa keskmine.

Opereerivad otorinolarüngoloogid vajavad operatsioonideväliselt aega patsiendiga tegelemiseks enne ja pärast operatsiooni u.1,5 tundi (enne OPI 30 min., pärast – patsiendi postop ülevaatuseks instruktsioonide jagamiseks, haiguslugude vormistamiseks, kaasaminevate dokumentide vormistamiseks jne. 1 tund).

Patsiendiväliselt aega, st. aega operatsioonide läbiarutamiseks, enesetäienduseks, ettekannete ettevalmistamiseks jne. – 1 tund päevas.

5. Eriarstide vajadus

Eestis on erialal töötavate arstide vanuseline struktuur järgmine:

Kuni 35 aastased - 10

36-43 aastased - 18

44-51 aastased - 29

52-59 aastased - 24

üle 60 aastased - 20

Regioniti on otorinolarüngoloogi kättesaadavus väga erinev.

Eestis on keskmiselt 1 kõrva-nina-kurguarst ca 14000 elaniku kohta.

Nt. Tartu+Viljandi+Jõgeva 1 arst ca 14300 elaniku kohta, Harju+Tallinn 1 arst ca 9800 elaniku

kohta, Läänemaa + Saaremaa + Hiiumaa 1 arst ca 37000 elaniku kohta.

Euroopa eriala ühenduse andmetel (seis 22.10.04 andmetega) on nt.:

Austrias	1 ENT arst	20 000 kohta
Saksamaal	1	16 000
Soome	1	16 000
Ungaris	1	13 000
Kreekas	1	9 000
Itaalias	1	11 000
Rootsis	1	30 000
Inglismaal	1	70 000

7. Eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks

Eriala regulatsioon toimub noorte spetsialistide väljaõppega residentuuri kaudu. Residentuuriõpe mis seni on kestnud 3 aastat vajab pikendamist 4-5 aastani, arvestades Euroopas eriarstidele kutse omandamiseks kehtestatud nõudeid. Eriala residentuuriõppe baasiks Eestis on TÜK Kõrvakliinik. Peame vajalikuks residentide 1-2 aastast Eesti riigi poolt rahastatud roteerumist tunnustatud Euroopa kliinikute juures. Arvestades Eesti otorinolarüngoloogide vanuselist struktuuri, opereerivate spetsialistide poole väiksemat arvu



(u. 50) noorte arstide Eestist lahkumist, on opereerivate arstide arv igati vastuvõetav, pigem 2010 – 2015 aastaks madal Euroopa standardite alusel.

7.1. Seadusandluses

**Sotsiaalministri 17. jaanuari 2002. a. määrus nr. 18 §66 lõige 1 muuta:
Erihaiglas võib osutada kõiki otorinolarüngoloogia tervishoiuteenuseid.**

7.2. Ravijuhised (olemasolevad ja hetkel tegemisel olevad ravijuhised, hinnang vajadusele)

Peame vajalikuks esmatasandi arstiabi ja erakorralise arstiabi toetuseks mõeldud ravijuhiste välja töötamist, mis eeldab Haigekassa poolset initsiatiivi ja läbirääkimisi. Pea- ja kaelapiirkonna vähipaikmete ravijuhiste valmimine sõltub Haigekassa ja Onkoloogide Seltsi läbirääkimistest ning kokkulepetest.

8. Professiiooni vastutuse tõstmine eriarstide pädevuse jälgijana.

Erialaselts võtab üle Euroopa eriala ühenduses kinnitatud kõrva-nina-kurguarstide sertifitseerimise ja resertifitseerimise põhimõtted.

Eriala selts peab vajalikuks hinnata arstide pädevust iga 5 aasta järel. Kuna Euroopas kehtivate pädevusnõuete järgi ei vasta paljud eriarstid Eestis sertifitseerimistingimustele, ei saa eriala selts edaspidi vastutada tervishoiuasutuste personalipoliitika ja ravikvaliteedi eest.

Otorinolarüngoloogia erialakomisjoni liikmed:

Prof. Mart Kull

Enn Tuulik

Oliver Vaide